

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**Valoración cognitiva de pacientes con fractura de cadera hospitalizados -
Hospital Regional de Lambayeque durante el 2016-2017**

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Bach. Nicolás Barrios, Pedro Irvin

Asesor:

Dr. Ulco Anhuamán, Segundo Felipe

Lambayeque, 2020

Aprobado por:

Dra. Falla Aldana, Blanca Santos
Presidenta

Dr. Salazar Zuloeta, Jaime Ysrael
Secretario

Dr. Salazar Huerta, Juan Antonio
Vocal

Dr. Ulco Anhuamán, Segundo Felipe

ACTA DE SUSTENTACIÓN



Acta N° 004 - 2020 - FMH - UNPRG

Siendo las 4:30pm del día 10 de marzo del 2020, se reunieron, en el AULA N° 01 - de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional "Pedro Ruiz Gallo" de Lambayeque los miembros del Jurado designados por Decreto N° 002 - 2020 - UI - FMH de fecha 10 de enero del 2020 integrados por los siguientes doctores:

- Dra. Blanca Falla Aldana ---> Presidenta
- Dr. Jaime Ysrael Salazar Zuloeta ---> Secretario
- Dr. Juan Antonio Salazar Huerta ---> Vocal

Para evaluar y calificar el trabajo de Tesis titulado "Valoración cognitiva de pacientes con fractura de cadera hospitalizados Hospital Regional de Lambayeque durante el 2016- 2017" sustentado por el Bachiller Pedro Irvin Nicolás Barrios, asesorado por el Doctor Segundo Felipe Ulco Anhuamán.

Luego del acto de sustentación y habiendo absuelto las preguntas y aceptadas las sugerencias respectivas al Informe, el Jurado realizó la calificación otorgándose el puntaje de 90 (noventa) en escala de 100 (cien) (dieciocho) en escala vigesimal, NIVEL APTO para OPTAR como Médico CIRUJANO, de conformidad a la Ley 30910 y el Estatuto de la Universidad Nacional "PEDRO RUIZ GALLO" y la Facultad de Medicina Humana.

Siendo las 5.20 pm se da por concluido el acto de sustentación dando conformidad con las firmas de los miembros del Jurado.

Dra. Blanca Falla Aldana
Presidenta de Jurado

Dr. Jaime Salazar Zuloeta
Secretario

Dr. Juan Salazar Huerta
Vocal



DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, **Bach. Nicolás Barrios, Pedro Irvin**, investigador principal, y **Dr. Ulco Anhuamán, Segundo Felipe**, asesor del trabajo de investigación **“Valoración cognitiva de pacientes con fractura de cadera hospitalizados - Hospital Regional de Lambayeque durante el 2016-2017”** declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, Marzo del 2020

Bach. Nicolás Barrios, Pedro Irvin
Investigador Principal

Dr. Ulco Anhuamán, Segundo Felipe
Asesor

DEDICATORIA

A **DIOS** todopoderoso, por haber guiado mí camino, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de lograr uno de mis más grandes anhelos. A mi **familia**, mi madre **Florentina Barrios Huamán** y mi padre **Pedro Cruz Nicolás Ventura**, por ser los pilares más importantes de mi vida demostrándome cada día su amor y apoyo incondicional; A mis **hermanas** por su apoyo, comprensión y motivación que me permiten seguir adelante y a todas las personas que me estiman y son parte importante de mi vida.

Pedro Irvin

AGRADECIMIENTO

Agradecer primero a **Dios** por brindarme salud; por guiarme durante toda mi vida, ser mi apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad.

A mis **padres** por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

Agradecer en forma especial al **Dr. Segundo Felipe Ulco Anhuamán** por su apoyo, dedicar su tiempo para guiarme durante mi investigación y a todos mis **docentes de la Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo** por brindarme sus conocimientos para mi formación académica y humanitaria.

INDICE

CONTENIDO

INDICE DE TABLAS.....	8
RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO.....	15
CAPÍTULO II. MÉTODOS Y MATERIALES.....	20
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	22
CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES.....	28
CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES.....	29
BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA.....	30
ANEXOS.....	35

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Valoración del estado cognitivo de los pacientes con fractura de cadera en el Hospital Regional de Lambayeque.....	21
Tabla 2. Distribución de las características clínicas en relación a pacientes con fractura de cadera en el Hospital Regional de Lambayeque.....	22
Tabla 3. Distribución de las características epidemiológicas en relación a pacientes con fractura de cadera en el Hospital Regional de Lambayeque.....	23

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel cognitivo de los pacientes con fractura de cadera hospitalizados. **Materiales y métodos:** Investigación descriptiva transversal, la muestra fue de 120 pacientes, el instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos que incluye el test de Pfeiffer. **Resultados:** de los 120 pacientes se obtuvo que el 88.1% presentó deterioro cognitivo de los cuales el 54.7% con deterioro cognitivo moderado, el 18.7% con deterioro cognitivo leve, el 14.7% con deterioro cognitivo severo y el 6.7% no presento deterioro cognitivo; por otra parte la mayoría de los pacientes fueron de sexo femenino de 75 a 90 años, del grupo etario ancianos, la edad media fue de 81.16 ± 8.67 ; la causa de fractura fue el accidente dentro del hogar con un tiempo de enfermedad menor a 6 semanas, la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial, el tipo de fractura en mayor frecuencia fue la extracapsular siendo de localización intertrocantérica y el tratamiento de elección fue el quirúrgico con recuperación ambulatoria. **Conclusión:** Los pacientes ancianos con fractura de cadera presentaron deterioro cognitivo, siendo más frecuente el deterioro cognitivo moderado.

Palabras Claves: Deterioro cognitivo, Fractura de cadera.

ABSTRACT

Objective: To determine the cognitive level of hospitalized hip fracture patients. Materials and methods: Cross-sectional descriptive investigation, the sample was 120 patients, the instrument used was a data collection sheet that includes the Pfeiffer test. Results: of the 120 patients it was obtained that 88.1% presented cognitive impairment of which 54.7% with moderate cognitive impairment, 18.7% with mild cognitive impairment, 14.7% with severe cognitive impairment and 6.7% had no cognitive impairment; on the other hand, the majority of the patients were female from 75 to 90 years old, of the elderly age group, the mean age was 81.16 ± 8.67 ; The cause of the fracture was the accident within the home with a disease time of less than 6 weeks, the most frequent comorbidity was arterial hypertension, the type of fracture in most frequency was the extracapsular being of intertrochanteric location and the treatment of choice was Surgical with ambulatory recovery. Conclusion: Elderly patients with hip fracture presented cognitive impairment, with moderate cognitive impairment being more frequent.

Keywords: Cognitive impairment, Hip fracture.

INTRODUCCIÓN

La valoración cognitiva es la identificación del grado de deterioro de las funciones cognitivas tales como la atención, orientación, memoria, gnosias, praxias, funciones ejecutivas y cognición social de pacientes que se manifiestan con el envejecimiento o con enfermedades que se asocian con la edad (1); representando el valor agregado más importante para integrar la salud mental dentro del proceso organización.

En los últimos años a nivel mundial la fractura de cadera en adultos mayores es una preocupación sanitaria, asociado a deterioro cognitivo y alta mortalidad (2). Existen varios factores que se asocian negativamente con el estado de salud de estos pacientes, como el género femenino, comorbilidades, desnutrición, dolor postquirúrgico, larga estancia hospitalaria, complicaciones postoperatorias, deterioro cognitivo y el funcionamiento físico o psicosocial (3). La intervención se recomienda que se realice en las primeras 24 ó 48 horas, pero la mayoría son intervenidos al tercer día de su ingreso e incluso un porcentaje después del sexto día, en consecuencia, el paciente agudiza sus comorbilidades incluyendo el deterioro de su salud mental (4).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que las caídas son la causa más frecuente de fractura de cadera en adultos mayores, debido a la osteoporosis que presentan; ocasionando dependencia, postración, depresión, deterioro de la cognición, ansiedad y muerte (5). El Seguro Social de Salud del Perú afirma que el 12-16% de las mujeres adultas mayores sufrirá una fractura de cadera al año. En base a la población actual de 2,7 millones de mujeres peruanas mayores de 60 años, esto significaría que esta enfermedad se convertirá en un importante problema de salud pública en este segmento poblacional (6). Según el organismo rector de la salud en el Perú, la fractura de cadera, sigue en aumento debido a que el número de adultos mayores ha ido incrementando en estas últimas décadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que para el año 2050 un total de 6 millones de fracturas de cadera ocurrirán por año; la depresión, el nivel de deterioro cognitivo, desnutrición y comorbilidades del adulto mayor son consecuencias de este problema la cual los hacen más lentos hasta llegar a la inactividad (7).

Además, mi estudio es importante porque se enfoca en analizar el deterioro cognitivo y las características clínicas y epidemiológicas en pacientes con fractura de cadera hospitalizados en un hospital de alta complejidad como el Hospital Regional de Lambayeque durante un período de dos años. El estudio se realiza para contribuir a comprender esta complicación en los pacientes adultos mayores (mayor de 60 años) con fractura de cadera, ya que esta patología está en aumento en este segmento poblacional debido a varios factores que estos padecen relacionados con el estado mental. Así el presente estudio permitirá contribuir en el aporte de conocimientos acerca de ambas patologías.

Antecedentes

A nivel internacional un estudio prospectivo de cohorte en China en el 2014, tuvo como objetivo relacionar el deterioro cognitivo con el estado clínico del adulto mayor con fractura de cadera. Entre 244 pacientes que fueron seguidos prospectivamente, 43 presentaron deterioro cognitivo asociado con un mayor riesgo de mortalidad (1).

Un estudio descriptivo, observacional y transversal en Chile en el 2015, tuvo como objetivo describir las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con fractura de cadera. La edad promedio fue 81 años, el 65% fue sexo femenino, la mortalidad fue 24% entre los pacientes no operados, la comorbilidad más evidente fue osteoporosis. Se concluyó que la mayoría de pacientes fueron mujeres, adultas mayores con osteoporosis y los no operados tenían mayor mortalidad (8).

Un estudio analítico, observacional y transversal en Italia en el 2016, buscó determinar la relación entre disfunción cognitiva y delirio con la mortalidad a un año en la fase posquirúrgica en pacientes con fractura de cadera. La disfunción cognitiva postoperatoria y delirio, se asociaron con un riesgo de mortalidad dos veces mayor. Se concluyó que la disfunción cognitiva en la fase postquirúrgica temprana es un factor pronóstico negativo para la mortalidad (9).

Un estudio observacional analítico de casos y controles, en Cuba en el 2017 con el objetivo de encontrar los factores asociados a fractura de cadera en pacientes adultos mayores. Se determinó que la edad, la etnia, los antecedentes de hipertensión arterial y consumo de antihipertensivos se asociaron con el riesgo de padecer fracturas; en cambio, el consumo de antianginosos se comportó como factor protector (10).

Un estudio analítico, observacional y prospectivo en Suecia en el 2019, tuvo doble objetivo: establecer si el estado cognitivo difiere entre la Atención Rápida Prehospitalaria (PFTC) y del Departamento de Emergencias (DE); y si el deterioro cognitivo está asociado con la mortalidad. No se observó diferencia en el estado cognitivo entre PFTC y DE; la mortalidad fue del 37% en pacientes con demencia y 21% con deterioro cognitivo. La PFTC no influyó en el estado cognitivo, los pacientes con deterioro cognitivo tuvieron poca asociación con la mortalidad (11).

A nivel nacional una tesis descriptiva, retrospectiva y transversal en Lima el 2015, con el objetivo de conocer las características epidemiológicas, de pacientes con fractura de cadera. La edad promedio fue 78,4 años, 60% fue sexo femenino; la complicación más frecuente fue infección de sitio operatorio; el tiempo de hospitalización y operatorio fue 22 días y 2 horas respectivamente. En conclusión, la mayoría de mujeres con más de 70 años sufre fractura de cadera, con una estancia hospitalaria y tiempo operatorio adecuados considerando las complicaciones que pueden presentar (12).

Una tesis tipo descriptivo, observacional y transversal, en Lima en el 2015 buscó identificar en adultos mayores trastorno cognitivo leve mediante instrumentos de tamizaje. En 30 pacientes con deterioro cognitivo leve confirmado, se aplicó: test de Pfeiffer, tes de Reloj y Mini examen cognitivo 35 de lobo. El mini examen cognitivo 35 de Lobo identificó mejor el deterioro cognitivo leve en comparación con el cuestionario de Pfeiffer y el test del reloj (13).

Una tesis analítica, observacional en Chiclayo el 2017, cuyo objetivo fue identificar la supervivencia en pacientes mayores de 65 años con fractura de cadera. Se concluyó que la supervivencia en los pacientes al año de seguimiento fue de 82% (14).

Una tesis tipo no experimental, descriptivo y prospectivo en Chiclayo el año 2018 tuvo como objetivo encontrar síndromes geriátricos en postoperados de fractura de cadera. Para deterioro cognitivo se utilizó el test de Pfeiffer. El 79,54% presentaron al menos un síndrome geriátrico. El 45,2% presento Deterioro cognitivo, 21% incontinencia urinaria, 19,4% dismovilidad y 14,5% úlceras por presión. En conclusión, los síndromes geriátricos suelen presentarse en postoperados de fractura de cadera (15).

Se ha planteado el siguiente problema:

¿Cuál es la valoración cognitiva de pacientes con fractura de cadera hospitalizados en el Hospital Regional Lambayeque durante el 2016-2017?

Objetivo principal:

Determinar el nivel cognitivo de los pacientes con fractura de cadera hospitalizados - Hospital Regional de Lambayeque.

Objetivos específicos:

1. Valorar el estado cognitivo de los pacientes con fractura de cadera hospitalizados - Hospital Regional de Lambayeque.
2. Describir las características clínicas de los pacientes con fractura de cadera hospitalizados - Hospital Regional de Lambayeque.
3. Describir las características epidemiológicas de los pacientes con fractura de cadera hospitalizados - Hospital Regional de Lambayeque.

I. CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

La valoración cognitiva se realiza cuando una persona padece deficiencias en su estado mental, el cual no mejora con diversas terapias especializadas. Se valora la cognición para identificar niveles altos de deterioro mental para ello se utiliza instrumentos de medición especializados (1). Pruebas de detección como el test de Pfeiffer; escalas de evaluación como el Minimal Status Examination (MMSE) y test de evaluación cognitiva de Montreal (MoCA); escalas de deterioro como Dementia Rating Scale; escalas de gravedad de demencia como Global Deterioration Scale; y de evaluación neuropsicológica como el test de Barcelona (16).

En la valoración cognitiva estructurada, para la identificación de deterioro cognitivo, en el Perú, existe un instrumento: el test de Pfeiffer, que es una prueba acortada y de detección eficaz, es un complemento necesario de la historia clínica, para la valoración geriátrica integral; constituyéndose un instrumento validado para estudios clínicos y epidemiológicos. Es un instrumento, que mide el aspecto cuantitativo del estado cognitivo de estos pacientes a través de un cuestionario que explora la memoria de corto y largo plazo, la orientación, hechos cotidianos y la capacidad de cálculo. Cabe resaltar que tiene una sensibilidad próxima al 70% y una especificidad muy alta del 95% (16).

El deterioro cognitivo es el déficit de las funciones cognitivas en adultos mayores, que no influyen en sus actividades de la vida diaria. Que, a diferencia con la demencia, en la cual los déficits de las funciones cognitivas son más graves y afectan en sus actividades. El grado de deterioro cognitivo, progresa con el envejecimiento, aumenta en un 10% en los pacientes de edad avanzada de 70-79 años y en el 25% en los ancianos de 80-90 años, con un 10% de probabilidad de convertirse en demencia (17). Los pacientes que padecen de una enfermedad grave con frecuencia sufren del empeoramiento del grado de deterioro de la función cognitiva preexistente asociado con la presencia de síndrome confusional agudo o *delirium* debido al uso de sedantes y analgésicos. El deterioro cognitivo prolongado tras una enfermedad grave puede devenir en un problema de Salud Pública creciente, debido al

incremento de pacientes adultos mayores tratados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (18).

La cadera se divide para su estudio en tres regiones: región posterior o glútea, región anterior o inguinocrural y región medial u obsturatriz (19).

La articulación de la cadera lo conforma la cabeza del fémur con el acetábulo (cavidad cotiloidea) del coxal (ilíaco) que se hace más cóncavo gracias a un fibrocartílago llamado labrum o labio acetabular (rodete cotiloideo) (19).

La fractura de cuello femoral o de cadera es común en adultos mayores de sexo femenino, porque se debilita el cuello del fémur por la osteoporosis u otra comorbilidad (20). La causa primordial son las caídas, debido a que los reflejos de protección disminuyen, asociado a una tasa de mortalidad del 15-20% (21). Estas fracturas ocurren en la extremidad proximal del fémur. De acuerdo con su localización en dicha extremidad, puede afectar en menor frecuencia la cabeza y cuello del fémur, trocánteres y subtrocánteres. Si la línea de fractura se encuentra dentro o fuera de la capsula articular se consideran fracturas intracapsulares (fracturas de cabeza y cuello femoral) y extracapsulares (trocantéreas y subtrocantéreas) respectivamente. Todas estas características se consideran para su diagnóstico: examen físico y estudio radiográfico; y su tratamiento adecuado: quirúrgico o conservador (22).

En deterioro cognitivo, como la alteración del pensamiento organizado, afecta al 13-52% de los pacientes hospitalizados por fractura de cadera. En estos pacientes, el deterioro cognitivo aumenta el riesgo de complicaciones postoperatorias, estadía hospitalaria más prolongada, recuperación funcional deficiente y alta mortalidad. Al llegar al servicio de urgencias, el paciente debe esperar varias horas para la evaluación y el tratamiento. El entorno de atención puede ser desorientador, mentalmente agotador y estresante, lo que puede influir en la función cognitiva de los pacientes. La función cognitiva a menudo se pasa por alto en el servicio de urgencias porque la evaluación cognitiva no se realiza de forma rutinaria. Después de la intervención quirúrgica, el deterioro cognitivo se asocia con una mayor necesidad de asistencia con las actividades de la vida diaria (11).

La demencia y fractura de cadera comparten características comunes, considerados síndromes geriátricos frecuentes e invalidantes pero prevenibles. Al presentar deterioro

cognitivo incrementa el riesgo de fractura. Hay relación con la pérdida progresiva de memoria en estadios incipientes del deterioro cognitivo. Las causas de caída en pacientes adultos mayores con demencia son múltiples: incluyen el trastorno de la marcha y equilibrio evidenciándose la alteración de la función ejecutiva y apraxia en la marcha, trastornos conductuales y el uso frecuente de psicofármacos. Sin embargo, existen otras causas independientes con la caída, como osteoporosis, hipertensión arterial, diabetes mellitus, déficit de vitamina D y depresión (23).

La depresión es común en pacientes adultos mayores con fractura de cadera, una de cada cinco personas que no están deprimidas en el momento de la fractura de cadera está propensa a desarrollar síntomas depresivos después de varias semanas afectando negativamente al estado funcional (24).

El manejo del deterioro cognitivo es, la mejoría de los síntomas relativos a la pérdida de memoria y depresión; la posible prevención o el retraso en la aparición del síndrome de demencia, todo esto incluido dentro de la evaluación integral del adulto mayor (23,24).

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CRITERIO DE MEDIDA	ESCALA
VALORACIÓN COGNITIVA	Sin deterioro cognitivo	TEST PFEIFFER	Normal o sin deterioro cognitivo: 0-2 errores.	Razón
	Con deterioro cognitivo	TEST PFEIFFER	Deterioro cognitivo leve: 3-4 errores. Deterioro cognitivo moderado: 5-7 errores Deterioro cognitivo patológico: 8-10 errores	

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CRITERIO DE MEDIDA	ESCALA
CARACTERÍSTICAS	EPIDEMIOLOGÍCAS	Edad	Edad avanzada 60 a 74 años Ancianos 75 a 90 años Gran longevo 90 a más años	Intervalo
		Sexo	Masculino Femenino	Nominal
		Procedencia	Lambayeque Fuera de Lambayeque	Nominal
	CLÍNICAS	Causa	Accidente en el hogar Accidente fuera del hogar	Nominal
		Tiempo de enfermedad	Semanas	Razón
		Tipo de fractura	Intracapsulares Extracapsulares	Nominal
		Localización	Intertrocantéreas Cuello femoral Cabeza femoral Subtrocantéreas	Nominal
		Tipo Tratamiento	Quirúrgico No quirúrgico	Nominal
		Co-morbilidad	HTA DM Osteoporosis Otros	Nominal
		Condiciones de Alta	Recuperado totalmente Recuperado con control ambulatorio	Ordinal

VARIABLES

Independiente: Deterioro cognitivo.

Dependiente: Fractura de cadera.

Intervinientes: Factores clínicos y epidemiológicos.

II. CAPÍTULO II. MÉTODOS Y MATERIALES

TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO:

Tipo: Cuantitativa y no experimental.

Diseño: Descriptivo, transversal y observacional.

POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO, CRITERIOS DE SELECCIÓN:

La población está conformada por el número de casos registrados en la historia clínica de pacientes adultos mayores con fractura de cadera en el Hospital Regional de Lambayeque durante el 2016-2017; el cual eran 173 personas de la tercera edad. Para el caso del tamaño de la muestra se utilizó el programa EPIDAT v 4.0, con un nivel de confianza de 95% se utilizó proporción esperada del 50%; efecto de diseño 2, precisión de 5, y una población de 173; resultando una muestra de 120.

Criterios de Selección:

Inclusión: Adultos mayores de ambos sexos con fractura de cadera.

Exclusión: Pacientes con enfermedades psiquiátricas, con antecedentes de accidente cerebro vascular, con traumatismo encéfalo craneano y con enfermedades degenerativas.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ DE INSTRUMENTOS, EQUIPOS Y MATERIALES:

Descripción de los instrumentos:

Como instrumento se utilizará la Ficha de Recolección de Datos. La historia clínica será tomada en el mismo hospital en horarios variados que serán asignados por la jefatura de registros clínicos. Recogeremos el resultado del TEST PFEIFFER de la Historia Clínica.

TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

Estadística descriptiva: variables cuantitativas, se utilizará desviación estándar; y para el procesamiento de la información el software SPSS versión 22.

ASPECTOS ÉTICOS

Confidencialidad, las personas deberán ser tratadas como agentes autónomos y aquellos con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas. El respeto a los pacientes con limitaciones funcionales consiste en proteger la integridad física, emocional y de reconocer autonomía de protección.

Beneficencia, tratar éticamente a las personas, implica respetar sus decisiones, protegerlos de daños y procurar su bienestar con estricta obligación. Para los propósitos de este documento beneficia directamente a pacientes con deterioro cognitivo y fractura de cadera.

El beneficio para el establecimiento está referido a la contribución de casuística de este tipo de patología; así mismo contribuye con el área de investigación para la publicación de esta investigación en la revista médica, editada por el Hospital Regional de Lambayeque.

La investigación se someterá a revisión científica por parte del comité de ética en investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

III. CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

RESULTADOS

Tabla 1. Valoración del estado cognitivo de los pacientes con fractura de cadera en el Hospital Regional de Lambayeque.

	N	%
No evaluado	6	5.3
Normal	8	6.7
Leve deterioro	22	18.7
Deterioro moderado	66	54.7
Deterioro severo	18	14.7
Total	120	100.0

Fuente: Ficha técnica de recolección de datos – Historias clínicas del servicio de traumatología y ortopedia del Hospital Regional de Lambayeque.

Tabla 2. Distribución de las características clínicas en relación a pacientes con fractura de cadera en el Hospital Regional de Lambayeque.

Características clínicas	N	%
Causa		
Accidente en el hogar	100	81.3
Accidente fuera del hogar	20	16.0
Tiempo de enfermedad		
Menor igual 6 semanas	118	97.3
Más de 6 semanas	2	1.3
Tipo de fractura		
Intracapsular	27	22.7
Extracapsular	93	69.3
Localización		
Intertrocantéreas	82	66.7
Cuello femoral	19	16.0
Cabeza femoral	5	4.0
Subtrocantéreas	14	12.0
Tipo tratamiento		
Quirúrgico	107	89.3
No quirúrgico	13	10.7
Comorbilidad		
Hipertensión arterial	50	41.3
Diabetes Mellitus	5	4.0
Osteoporosis	19	16.0
Otros	13	10.7
Sin comorbilidad	33	28.0
Condiciones de alta		
Recuperado totalmente	14	12.0
Recuperado con control ambulatorio	106	88.0
Total	120	100.0

Fuente: Ficha técnica de recolección de datos – Historias clínicas del servicio de traumatología y ortopedia del Hospital Regional de Lambayeque.

Tabla 3. Distribución de las características epidemiológicas en relación a pacientes con fractura de cadera en el Hospital Regional de Lambayeque.

	N	%
Edad		
\bar{x}		81.16±8.67
De 60 a 74	23	18.7
De 75 a 90	83	69.3
De 90 a más años	14	12.0
Sexo		
Masculino	26	21.3
Femenino	94	78.7
Procedencia		
Lambayeque	93	73.3
Fuera Lambayeque	27	21.3
Total	120	100.0

Fuente: Ficha técnica de recolección de datos – Historias clínicas del servicio de traumatología y ortopedia del Hospital Regional de Lambayeque.

DISCUSIÓN

En relación con el deterioro cognitivo y pacientes con fractura de cadera, se encontró que el 88.1% presento un grado de deterioro cognitivo de los cuales el 18.7% presento deterioro cognitivo leve, 54,7% deterioro cognitivo moderado y 14,7% deterioro cognitivo severo; el cual concuerda con Yongzhi G (2) que al evaluar a 244 individuos de 61 a 90 años en China, de los cuales el 49.62% presento deterioro cognitivo antes de ser intervenidos quirúrgicamente, quien menciona que el grado de deterioro cognitivo es frecuente en estos pacientes y se asocia a un mayor riesgo de mortalidad. Estos resultados se ven apoyados por los hallazgos de Ruggiero C y Bonamassa L (9), quienes evaluaron a 514 pacientes mayores de 65 años con fractura de cadera en Italia el 50.6% presento deterioro cognitivo con alta frecuencia, pero no hubo asociación entre el estado cognitivo y el aumento del riesgo de mortalidad; y con los hallazgos de Yerren Ch (15), que en su estudio el 70% presento deterioro cognitivo en mayor frecuencia como síndrome geriátrico. Caso contrario con el estudio de Larsson G (11), que evaluó a 318 adultos mayores con fractura de cadera en Suecia, solo el 21.38% presento deterioro cognitivo, evidenciándose menos frecuencia de esta complicación y pobre asociación con el riesgo de mortalidad. Esto podría deberse a que existe una disminución del número de neuronas y dendritas a nivel de ganglios basales que causaría el deterioro de la función cognitiva, esto con los cambios neuroquímicos cerebrales durante el envejecimiento y con la complicación por efecto de algunas enfermedades prevalentes durante esta edad (26). Asociada a la disminución de las reservas fisiológicas y fragilidad subyacente cognitiva, lo que dificulta la capacidad del cuerpo para resistir y recuperarse de cuadros depresivos y factores de estrés agudo postraumáticos que conlleva a desarrollar alteración del estado cognitivo (3).

En relación a los pacientes y su correlación clínica durante su hospitalización, se encontró que el 81.3% tuvo como causa básica el accidente en el hogar, el 97.3% un tiempo de enfermedad menor o igual a 6 semanas, el cual concuerda con Dinamarca M (8), que afirma que la causa más frecuente fue 91.9% accidentes domiciliarios y un tiempo de enfermedad promedio de 19 días. Esto podría deberse a que el adulto mayor no recibe la información necesaria respecto al autocuidado de su salud y la familia no toma en consideración los riesgos de exposición de los accidentes que pueden ocurrir en el hogar (25).

El 69.3% de las fracturas fue tipo extracapsular siendo el 66.7% de localización intertrocanterea, el cual concuerda con Mestanza R y Pedemonte E (14), que encontraron que el 74.1% de fracturas fue tipo extracapsular de localización intertrocanterea, resultados similares con Palma V (12) que caracterizó a las fracturas extracapsulares de las cuales el 56% fue de localización intertrocanterea. Esto es debido a que según la literatura especializada las fracturas extracapsulares a nivel de trocánteres son más frecuentes, indicando que esta área de la cadera es la más débil y propensa a fracturas (27).

El 89.3% de los pacientes fueron tratados quirúrgicamente resultados similares a estudios internacionales y nacionales que se consideraron. Ya que actualmente el tratamiento de elección para esta patología es el quirúrgico debido a sus mejores resultados en comparación con el tratamiento conservador (7).

Con respecto a las comorbilidades, el 41.3% tuvo hipertensión arterial, 16% osteoporosis, 5% diabetes mellitus, el cual concuerda con Mestanza R y Pedemonte E (14), que encontraron resultados similares. Caso contrario a Dinamarca M (8), que en su investigación la comorbilidad que predominó fue de osteoporosis. Está establecido que la complicación más frecuente de osteoporosis es la fractura de cadera, debido a que disminuye la resistencia ósea y, en consecuencia, facilita que ocurra una fractura (28). Sin embargo, estudios refieren que el consumo de fármacos antihipertensivos aumenta el riesgo de fractura interfiriendo en la absorción de calcio y aumentando la osteoporosis (10).

En relación a la condición de alta, el 88% se recuperaron con control ambulatorio y el 12% se recuperaron completamente, el cual difiere con Yarren Ch (15) que en su estudio encontró que la condición de alta fue en un 33% con control ambulatorio ya que los pacientes son controlados durante su estancia hospitalaria puesto que es cubierto por el seguro social de salud y 5% se recuperaron completamente sin presentar ningún síndrome geriátrico.

Finalmente se identificó que el 78.7% fue de sexo femenino y el 21.3% del sexo masculino, la edad predominante fue de 75 a 90 años, con una media de 81.16, del grupo etario ancianos, resultados que concuerdan con Larsson G et al (11) que encontró una diferencia estadística similar entre ambos sexos con una media de edad de 85.45 años,

resultados apoyados por estudios locales de Mestanza R y Pedemonte E (14) y Yerren Ch (15), que afirman que la mayoría son mujeres con una edad media de 80.6 del grupo etario ancianos. Sin embargo, Palma V (12) en su investigación encontró que la mayoría fueron mujeres de 60 a 74 años con una edad media de 78.4 años pertenecientes al grupo etario de edad avanzada. Estos resultados podrían deberse a que las mujeres tienen un tiempo de vida mayor, alcanzando edades de mayor riesgo asociados a cambios neuroquímicos durante el proceso de envejecimiento a causa de enfermedades concomitantes en el adulto mayor (26).

IV. CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES

1. El 88.1% de pacientes con fractura de cadera presentaron deterioro cognitivo, siendo más frecuente el deterioro cognitivo moderado, seguido del deterioro cognitivo leve y en menor frecuencia el deterioro cognitivo severo.
2. La causa de fractura de cadera fue los accidentes dentro del hogar, con un tiempo de enfermedad menor e igual a 6 semanas, la comorbilidad que predominó fue la hipertensión arterial, el tipo de fractura en mayor frecuencia fue la extracapsular siendo de localización intertrocanterica, tratados quirúrgicamente y con una recuperación ambulatoria.
3. La fractura de cadera se presentó más en mujeres respecto a varones y la edad de mayor frecuencia fue de 74 a 90 años del grupo etario ancianos procedentes de Lambayeque.

V. CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES

1. Se recomienda implementar unidades multidisciplinarias conformadas por los servicios de geriatría, psicología y psiquiatría, para una mejor valoración y manejo del estado cognitivo antes, durante y posterior a la cirugía.
2. Se sugiere la implementación de un nuevo protocolo terapéutico que consista en la evaluación del adulto mayor durante y después de la fractura, también proporcionar formación específica a los profesionales implicados en la atención a la salud tras la fractura para así mejorar la atención en el servicio de emergencias, el control de comorbilidades, prevenir las posibles complicaciones que se puedan presentar y recuperar la capacidad funcional después del tratamiento quirúrgico.
3. Se recomienda que el hospital brinde campañas médicas y visitas domiciliarias para capacitar a los familiares sobre los cuidados que se deben dar a los adultos mayores para así evitar la aparición de nuevas fracturas, tratar de forma activa las enfermedades crónicas asociadas a la edad y sexo que empeoren el pronóstico y calidad de vida tras la fractura.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

1. Rodríguez I, Ramírez B. Validez de la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) para determinar deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia. Salud Ment [Internet]. 2015 [citado 12 de agosto de 2019]; 37(6):52-55. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000600010
2. Yongzhi G. Cognitive Impairment and 1-Year Outcome in Elderly Patients with Hip Fracture. Med Sci Monit [Internet]. 2014 [citado 27 de octubre de 2019]; 20(1):1963-1968. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211422/pdf/medscimonit-20-1963.pdf>
3. Cornelis L, Maud J. Effect of frailty on quality of life in elderly patients after hip fracture: a longitudinal study. BMJ Open [Internet]. 2019 [citado 22 de noviembre de 2019]; 9(1): 1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31324679>.
4. Alarcón T, Gonzales J, Mauleon J y Méndez R. Demora del tratamiento quirúrgico de la fractura de cadera. Un suma y sigue de problemas. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2015 [citado de 12 agosto de 2019]; 89(1): 117-118. Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015000100013
5. Organización Panamericana de Salud. Guía de diagnóstico y manejo caídas. [Internet]. Washington. D.C. 2015. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia05.pdf>
6. Morales Covarrubias P. Prevalencia de fractura de cadera en adultos mayores hospitalizados en el servicio de traumatología y ortopedia del hospital nacional daniel alcides carrión. callao – 2014 [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2016. Disponible en:

http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/563/Morales_p.pdf?sequence=1&isAllowed=y

7. Palomino L, Ramírez R, Vejarano J, Ticse R. Fractura de cadera en el adulto mayor: la epidemia ignorada en el Perú. *Acta Med Peruana* [Internet]. 2016 [citado 30 de octubre de 2019]; 33(1):15-20. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000100004
8. Dinamarca M. Características epidemiológicas y clínicas de las fracturas de cadera en adultos mayores en un hospital público Chileno. *Rev Med Chile* [Internet]. 2015 [citado 14 de septiembre de 2019]; 143(1): 1552-1559. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n12/art08.pdf>
9. Ruggiero C, Bonamassa L. Early post-surgical cognitive dysfunction is a risk factor for mortality among hip fracture hospitalized older persons. *Osteoporos Int* [Internet]. 2016 [citado 16 de diciembre de 2019]; 28(2): 667-675. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Early+post-surgical+cognitive+dysfunction+is+a+risk+factor+for+mortality+among+hip+fracture+hospitalized+older+persons>
10. Hernández J, Hernández C. Factores asociados a la fractura de cadera en el hospital clinicoquirurgico “Dr. Salvador Allende”. *Rev Cub de Salud Pública* [Internet]. 2017 [citado 11 de agosto de 2019]; 43(2): 149-165. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2017.v43n2/149-165/es>
11. Larsson G, Stromber U. Cognitive status following a hip fracture and its association with postoperative mortality and activities of daily living: A prospective comparative study of two prehospital emergency care procedures. *Elsevier* [Internet]. 2019 [citado 23 octubre de 2019]; 35(1):1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31324592>
12. Palma Vásquez N. Características epidemiológicas de fracturas extracapsulares de cadera [Tesis para optar el título de especialista en ortopedia y traumatología]. Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres; 2015. Disponible en:

http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/1348/Palma_n_e.pdf?sequence=3&isAllowed=y

13. Valderrama Atauje H. Instrumento en el diagnóstico de deterioro cognitivo leve en adultos mayores hospital Edgardo Rebagliati Martins 2013-2014 [Tesis para optar el título de especialista en geriatría]. Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres; 2015. Disponible en:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/1980/valderrama_hy.pdf?sequence=3&isAllowed=y
14. Mestanza R, Pedemonte E. Supervivencia en pacientes adultos mayores pos fractura de cadera del Hospital base Almanzor Aguinaga Asenjo Enero- Diciembre en el 2016. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Chiclayo, Perú; 2017. Disponible en:
<http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/960/BC-TES-5740.pdf?sequence=1>
15. Yerren Chávez J. Pacientes postoperados de fractura de cadera con síndromes geriátricos en el hospital nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Enero 2015-Julio 2016 [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Chiclayo, Perú: Universidad San Martín de Porres; 2018. Disponible en:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/3199/yerren_cjp.pdf;jsessionid=15C512B258F466EE37340A65DC89CB74?sequence=3
16. Oscanoa T, Cieza E. Evaluación de la prueba de la moneda peruana en el tamizaje de trastorno cognitivo en adultos mayores. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 2016 [citado 7 de noviembre de 2019]; 33(1): 67-73. Disponible en:
<https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2016.v33n1/67-73/>
17. Loureiro C, García C. Uso del test de evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) en América Latina: revisión sistemática. Rev Neurol [Internet]. 2018 [citado 11 Diciembre 2019]; 66:397-408. Disponible en:
<https://www.neurologia.com/articulo/2017508#b14>

18. Pandharipande PP, Girard TD. Deterioro cognitivo prolongado tras una enfermedad grave. *IntraMed* [Internet]. 2015 [citado 27 de octubre de 2019]; 369:1306-16. Disponible en:
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=81843>
19. Ruíz J. *Anatomía Topográfica*. Quinta Edición. Chihuahua: ISBN; 2002.
20. Moore K, Dailey A. *Anatomía con orientación clínica*. Séptima Edición. : Wolters Kluwer Health; 2013.
21. Muñoz S, Lavanderos J. Fractura de cadera. *Cuad. Cir* [Internet]. 2014 [citado 4 octubre 2019]; 22: 73-81. Disponible en:
<http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v22n1/art11.pdf>
22. Curto J, Ramos I. Fracturas pertrocantéreas. Métodos e indicaciones terapéuticas. *Rev Ortop Traumatol*. 2016; 47(1):146-155.
23. Romero E, Fernández J. Rehabilitación geriátrica multidisciplinaria en el paciente con fractura de cadera y demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018 [citado 3 de noviembre de 2019]; 30(2):1-10. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30606498>
24. Pettersson P, Samuelsson B. The influence of depression on patient-reported outcomes for hip-fracture patients 1 year after surgery: a prospective cohort study. *Springer* [Internet]. 2019 [citado 4 noviembre de 2019];1(1):1-9. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31028625>
25. Clodet F, Cecilia R. Fractura de cadera en el adulto mayor. *Rev Fac Med Hum* [Internet]. 2017 [citado 30 diciembre de 2019]; 17(2):112. Disponible en:
<http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>
26. Manzanares N. Fractura de cadera y deterioro cognitivo: un estudio seccional-cruzado. *Rev Ecu de Neu* [Internet]. 2014 [citado 7 octubre de 2019]; 18(1):53-57. Disponible en:

http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/Fractura-de-cadera-y-deterioro-cognitivo_-un-estudio-seccional-cruzado.pdf

27. Sánchez H et al. Comorbilidades en pacientes operados por fractura transtrocanterica. Rev Esp Med Quir [Internet]. 2014 [citado 23 de diciembre de 2019]; 19(2): 145-151. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/473/47331518002.pdf>

28. Juste M. Morbimortalidad asociada a la fractura de cadera del paciente anciano. Analisis de nuestro medio [tesis para optar el grado de doctor en cirugia]. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona; 2012. Disponible en:
<https://ddd.uab.cat/record/102264>

ANEXOS

VALORACIÓN COGNITIVA DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA HOSPITALIZADOS - HOSPITAL REGIONAL DE LAMBAYEQUE DURANTE EL 2016-2017.

Determinar el nivel cognitivo de los pacientes con fractura de cadera hospitalizados - Hospital Regional de Lambayeque durante el 2016 - 2017.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE EN SIGLAS DEL PACIENTE:

DNI:

VALORACIÓN COGNITIVA			
TEST DE PFEIFFER			
ERRORES	RESULTADO	SI	NO
0 A 2	NORMAL		
3 A 4	DETERIORO LEVE		
5 A 7	DETERIORO MODERADO		
8 A 10	DETERIORO SEVERO		

CARACTERÍSTICAS		
EPIDEMIOLÓGICAS		
EDAD	SI	NO
60-74 AÑOS		
75-90 AÑOS		
90 A MAS AÑOS		
SEXO	SI	NO
MASCULINO		
FEMENINO		
GRUPO ETAREO	SI	NO
EDAD AVANZADA		
ANCIANOS		
GRAN LONGEVO		
PROCEDENCIA	SI	NO
LAMBAYEQUE		
FUERA DE LAMBAYEQUE		
CLINICAS		
CAUSAS	SI	NO
ACCIDENTE EN EL HOGAR		
ACCIDENTE FUERA DEL HOGAR		
TIEMPO DE ENFERMEDAD	SI	NO
MENOR O IGUAL DE 1 SEMANA		
MAYOR DE 1 SEMANA		
TIPO DE FRACTURA	SI	NO
EXTRACAPSULAR		
INTRACAPSULAR		
LOCALIZACIÓN	SI	NO
INTERTROCANTERICAS		
SUBTROCANTERICAS		
CUELLO FEMORAL		
CABEZA FEMORAL		
TIPO DE TRATAMIENTO	SI	NO
QUIRÚRGICO		
NO QUIRÚRGICO		
COMORBILIDAD	SI	NO
HTA		
DM		
OSTEOPOROSIS Y OTROS		
CONDICIÓN DE ALTA	SI	NO
RECUPERADO TOTALMENTE		
RECUPERADO CON CONTROL AMBULATORIO		

CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (1)
2. ¿Qué día de la semana?
3. ¿En qué lugar estamos? (2)
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Dónde nació?
7. ¿Cuál es el nombre del presidente?
8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9. ¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?
10. Reste de tres en tres desde 29 (3)

(1) Día, mes y año

(2) Vale cualquier descripción correcta del lugar

(3) Cualquier error hace errónea la respuesta

Errores:	Resultados:
0 - 2	Valoración cognitiva normal
3 - 4	Deterioro leve
5 - 7	Deterioro moderado
8 - 10	Deterioro severo

- Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.
- Si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Pedro Nicolas Barrios
Título del ejercicio: PROYECTO TESIS
Título de la entrega: valoración cognitiva de pacientes co...
Nombre del archivo: LORACION_COGNITIVA_DE_LOS_...
Tamaño del archivo: 428.5K
Total páginas: 28
Total de palabras: 5,046
Total de caracteres: 29,791
Fecha de entrega: 26-feb-2020 05:44p.m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 1264846336

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel cognitivo de los pacientes con fractura de cadera hospitalizados. **Materiales y métodos:** investigación descriptiva transversal. La muestra fue de 120 pacientes, el instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos que incluye el test de Pfeiffer. **Resultados:** de los 120 pacientes se obtuvo que el 88.1% presentó deterioro cognitivo de los cuales el 54.7% con deterioro cognitivo moderado, el 18.7% con deterioro cognitivo leve, el 14.7% con deterioro cognitivo severo y el 6.7% no presentó deterioro cognitivo; por otra parte la mayoría de los pacientes fueron de sexo femenino de 75 a 90 años, del grupo etario ancianos, la edad media fue de 81.15±8.07; la causa de fractura fue el accidente dentro del hogar con un tiempo de enfermedad menor a 6 semanas, la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial, el tipo de fractura en mayor frecuencia fue la extracapsular siendo de localización intertrocanterica y el tratamiento de elección fue el quirúrgico con recuperación ambulatoria. **Conclusión:** Los pacientes ancianos con fractura de cadera presentaron deterioro cognitivo, siendo más frecuente el deterioro cognitivo moderado.

Palabras Claves: Deterioro cognitivo, Fractura de cadera.

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Hospital Provincial Docente "BELEN
LAMBAYEQUE

MED. FELIX ALDO AGUIRAMAN
CMP. 28955 - RNE. 9451
DNI. N° 17927301
DOMICILIO: AV. RAMON CASTILLA N° 807
TELEF. 282027

valoración cognitiva de pacientes con fractura de cadera-2

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%	17%	7%	18%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

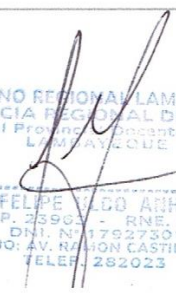
FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	2%
2	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	www.repositorioacademico.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
7	www.cienciaenfermeria.org Fuente de Internet	1%
8	docplayer.es Fuente de Internet	1%

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Hospital Provincial Docente "BELEN"
LAMBAYEQUE

MED. FELIPE ULCO ARHUAMAN
CMP. 25937 - RNE. 9491
DNI. N° 17927501
DOMICILIO: AV. RAMON CASTILLA N° 597
TELEF. 262023

9	repositorio.uncp.edu.pe Fuente de Internet	1%
10	Submitted to Unviersidad de Granada Trabajo del estudiante	1%
11	www.ncbi.nlm.nih.gov Fuente de Internet	<1%
12	sociales.redalyc.org Fuente de Internet	<1%
13	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
14	Submitted to Universidad de San Martin de Porres Trabajo del estudiante	<1%
15	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1%
16	www.frontiersin.org Fuente de Internet	<1%
17	Submitted to Pontificia Universidad Catolica Madre y Maestra PUCMM Trabajo del estudiante	<1%
18	onlinelibrary.wiley.com Fuente de Internet	<1%
19	renati.sunedu.gob.pe	


 GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD
 Hospital Provincial Docente "BELEN"
 LAMBAYEQUE
 MED. FELIPE ALDO ANHUAMAN
 C.M.P. 23903 - R.N.E. 9491
 D.N.I. N° 17627301
 DOMICILIO: AV. RAMON CASTILLA N° 597
 TELEF. 282023

Fuente de Internet

<1%

20 patents.justia.com
Fuente de Internet

<1%

21 www.scielo.org.mx
Fuente de Internet

<1%

22 cybertesis.urp.edu.pe
Fuente de Internet

<1%

Excluir citas Activo

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía Activo

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Hospital Provincial Docente "BELEN"
LAMBAYEQUE

MED. FELINE ALDO ATUMAYAN
C.M.P. 23340 - R.N.E. 2401
D.N.I. N° 17627301
DOMICILIO: AV. RAMON CASTILLA N° 50
TEL. 262023